

ผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการตีตราตนเอง
ของผู้เป็นโรคจิตเภทในชุมชน*

THE EFFECT OF USING EMPOWERMENT PROGRAM
ON SELF - STIGMA OF PERSONS WITH SCHIZOPHRENIA
IN COMMUNITY

สุธิสา ดีเพชร, พยบ. (Sutisa Deepet, BNS.)**

เพ็ญนภา แดงค้อมยุทธ์, พย.ด. (Pennapa Dangdomyouth, Ph.D.)***

Abstract

Objectives: The purpose of this quasi-experimental research was to compare the self-stigma of person with schizophrenia before and after their participation in the empowerment program, and to compare the self-stigma between persons with schizophrenia who participate in the empowerment program to those who participated in regular caring activities.

Methods: Research sample was thirty-six persons with schizophrenia who received services in the outpatient department at Psychiatric Hospital, who met the inclusion criteria. They were randomly assigned into experimental group and control group with 18 subjects in each group by matching the age and Positive/Negative Symptoms. The research instruments were the empowerment program developed by the researcher and the Self-Stigma of Mental illness Scale which translated into Thai by 2 bilingual professionals. These

instruments were tested for content validity by panel of 5 experts. The reliability of the Self-Stigma of Mental illness Scale was .91. The t-test was used in data analysis.

Results: Major findings were as follows:

1. The self-stigma of persons with schizophrenia in community after participating the empowerment program were significantly lower than before, at the .05 level.
2. The self-stigma of persons with schizophrenia in community who participated in the empowerment program were significantly lower than that of person with schizophrenia who participated in the regular caring activities, at the .05 level.

Keywords: Persons with Schizophrenia in Community, Empowerment Program, Self-Stigma

*วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มภารกิจบริการทางการพยาบาล โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

***Corresponding author, คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ E-mail: dnayus@yahoo.com

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการตีตราตนเองของผู้เป็นโรคจิตเภทในชุมชน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ และเพื่อเปรียบเทียบการตีตราตนเองของผู้เป็นโรคจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วิธีการศึกษา: กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้เป็นโรคจิตเภทที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวช จำนวน 36 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 18 คน จับคู่ด้วยอายุและคะแนนกลุ่มอาการทางบวก ทางลบ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ และแบบวัดการตีตราตนเอง ซึ่งแปล และเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดยผู้เชี่ยวชาญสองภาษาจำนวน 2 คน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คนได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดตีตราตนเองเท่ากับ .91 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบค่าที (t-test)

ผลการศึกษา: ผลการวิจัยสรุปได้ ดังนี้

1. การตีตราตนเองของผู้เป็นโรคจิตเภทในชุมชนภายหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. การตีตราตนเองของผู้เป็นโรคจิตเภทในชุมชนที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: ผู้เป็นโรคจิตเภทในชุมชน โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ การตีตราตนเอง

ความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันการดูแลผู้เป็นโรคจิตเภทมุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชน (ทวิศิลป์ วิษณุโยธิน, 2550) แต่พบว่าคนในชุมชนยังมีความเข้าใจที่ผิดเกี่ยวกับโรคทางจิตเวช ส่งผลให้ผู้เป็นโรคจิตเภทหลังเข้ารับการรักษาบำบัดรักษาจนอาการทางจิตทุเลาก็ยังถูกตีตราและถูกกล่าวโทษตามความเชื่อของคนในชุมชนนั้น (อรชร โวทวี, 2550) มีอคติต่อผู้ป่วยมองว่าเป็นบุคคลอันตราย รู้สึกไร้ค่า หวาดกลัวต่อพฤติกรรมที่คาดหวังไม่ได้ (Corrigan, 2004) ทำให้ชุมชนไม่พร้อมในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2549) มีพฤติกรรมการแบ่งแยก กีดกันผู้ป่วยออกจากสังคมไม่ให้เกียรติไม่ได้รับสิทธิเท่าเทียมบุคคลอื่น (Corrigan, 2004) ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวรู้สึกอับอาย ค่อยค่าในการใช้ชีวิตในสังคม (Yang et al., 2007; Ying, Wolf & Wang, 2013) มีมุมมองและประเมินตนเองในทางลบ เกิดความรู้สึกที่ถูกตีตราผู้ป่วยไปตลอดชีวิต (Corrigan et al., 2006; พันธุ์ภากิตติรัตนไพบูลย์, 2549) ผู้เป็นโรคจิตเภทมีการรับรู้การตีตรามากที่สุด (Chung & Chan, 2004; Yang et al., 2007; Lysager et al., 2007) และถูกตีตราแบ่งแยกกีดกันอย่างมาก และรุนแรงกว่าโรคจิตชนิดอื่น (Wahl, 1999; Angermeyer & Matrchinger, 2003) ทำให้ผู้เป็นโรคจิตเภทเกิดมุมมองต่อตนเองในทางลบหรือที่เรียกว่าการตีตราตนเอง (self-stigma) รับรู้ว่าไม่เป็นที่ยอมรับและไม่พึงประสงค์ของสังคม (ขวัญสุดา บุญทศ

และคณะ, 2554) ทำให้มีแนวโน้มที่จะอยู่คนเดียว ไม่อยากขอความช่วยเหลือจากใคร (Corrigan, 2004) หลีกเลี่ยงการแสวงหาความช่วยเหลือจากแหล่งบริการ (Vauth et al., 2007) ขาดความต่อเนื่องในการรักษาและการฟื้นฟูหายจากโรคที่เป็นอยู่ (Fung et al., 2007) ส่งผลต่อการพยากรณ์โรคไม่ดี และการกลับเป็นซ้ำ (Yanos et al., 2008)

การตีตรา (stigma) เป็นลักษณะเฉพาะที่บุคคลในสังคมได้ตัดสินให้กับบุคคลที่มีพฤติกรรมเบี่ยงเบนไปจากบรรทัดฐานของสังคม สำหรับผู้เป็นโรคจิตเภทจะถูกปฏิเสธ ถูกรังเกียจ แบ่งแยก กีดกัน (เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ, อรพรรณ ลือบุญวัชชัย และชนกพร จิตปัญญา, 2547; อุบลรัตน์ สิงห์เสนี, 2552; Wahl, 1999) มีการศึกษาการตีตราตนเองในผู้เป็นโรคจิตเภทในแถบยุโรป พบว่า ร้อยละ 41.7 ของผู้เป็นโรคจิตเภทมีการตีตราตนเองในระดับปานกลางถึงสูง และในประเทศจีนพบว่าร้อยละ 70 ของผู้เป็นโรคจิตเภทมีการตีตราตนเองอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง สำหรับประเทศไทยมีเพียงการศึกษาการรับรู้การตีตรา (perceived stigma) ในผู้เป็นโรคจิตเภทอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 63.3 (วรณา จำปาศรี, 2554; อุบลรัตน์ สิงห์เสนี, 2552) ซึ่งการตีตราตนเองมีความสำคัญกับการรักษาโรคจิตเภท กล่าวคือ การตีตราตนเองในระดับสูงส่งผลให้ผู้ป่วยแยกตัวออกจากสังคม (Angermeyer & Matschinger, 2003) ความสามารถปรับตัวในสังคมลดลง (Corrigan, 2004) ความพึงพอใจในชีวิตและการรับรู้คุณค่าในตนเองลดลง (Ying, Wolf, & Wang, 2013) มีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของผู้ป่วย (อุบลรัตน์ สิงห์เสนี, 2552) ทำให้ผู้ป่วยคิดประเมินตนเองว่าเป็นคนที่ไม่มียุทธศาสตร์

ไม่ควรได้รับการยอมรับ (ธนวัต ปลูกนก, 2553; Corrigan & Wassel, 2008) รู้สึกสิ้นหวังไร้พลังอำนาจ (Yanos et al., 2008) ความรู้สึกคุณค่าในตนเองลดลง (Fung et al., 2007; Razali, Hussein & Ismail, 2010; Watson et al., 2007) รู้สึกไร้ความสามารถ (Kleim et al., 2008) ปกปิดการเจ็บป่วยของตนเอง การตีตราตนเอง มี 2 ลักษณะ คือ การตีตราทางสังคม (public stigma) ที่เกิดจากการรับรู้การแสดงออกของสังคมต่อผู้เป็นโรคจิตเภทที่แตกต่างจากคนทั่วไป และการตีตราตนเอง (self-stigma) เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายในจิตใจของผู้ป่วยเอง เช่น การรับรู้คุณค่าในตนเองต่ำ (ธนวัต ปลูกนก, 2553; Byrne, 2001; Corrigan, 2004; Link & Phelan, 2001) เกิดอารมณ์ในทางลบ เช่น วิตกกังวล ซึมเศร้า (เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ, อรพรรณ ลือบุญวัชชัย และชนกพร จิตปัญญา, 2547; Yanos et al., 2008) จากลักษณะดังกล่าว Fung et al. (2007) ได้สรุปการตีตราตนเอง (self-stigma) ในผู้เป็นโรคจิตเวชว่าเกิดจากการที่ผู้ป่วยรับรู้ปฏิกิริยาที่สังคมแสดงออกในทางลบ ทำให้รู้สึกว่าตนเองด้อยค่าไร้ความสามารถ รับรู้ว่าตนเองคือผู้ป่วยทางจิต (stereotype awareness) และซึมซับความรู้สึกตีตราเข้าไปในตนเองเกิดความคิดที่เห็นเหมือนกันกับทัศนคติของสังคม (stereotype agreement) มีความรู้สึกว่ามันเป็นตัวตนของตัวเอง (self-concurrence) และความรู้สึกคุณค่าในตนเองลดลง (self-esteem decrement) การตีตราตนเองในผู้เป็นโรคจิตเภท (self-stigma) ส่งผลต่อภาวะการสูญเสียพลังอำนาจ รู้สึกอับอายขายหน้า (Ying, Wolf & Wang, 2013) ทำให้การรับรู้คุณค่าในตนเองต่ำสมรรถนะแห่งตนลดลง (Brohan et al.,

2010; Corrigan & Rao, 2012) ไม่เชื่อว่าจะดูแลสภาพตนเองได้ ขาดแรงจูงใจในชีวิต บกพร่องในการเผชิญปัญหา ปกปิดและแยกตัว (Vauth et al., 2007) ประกอบกับทัศนคติทางสังคม ชุมชนแสดงความไม่พร้อมในการดูแลผู้ป่วย (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2549) และขาดแรงสนับสนุนทางสังคม การลดการตีตราตนเองในผู้เป็นโรคจิตเภท ควรเพิ่มการรับรู้คุณค่า และลดความรู้สึกลดค่าที่มีต่อตนเอง (วรวิษา จำปาศรี, 2554) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Sibitz et al. (2011) พบว่า การลดการตีตราตนเองของผู้เป็นโรคจิตเภทมีความสัมพันธ์กับการรับรู้คุณค่าในตนเอง การเสริมสร้างพลังอำนาจและการเพิ่มปฏิสัมพันธ์ทางสังคมช่วยเพิ่มความสามารถในการเผชิญกับพฤติกรรมที่ถูกตีตราจากสังคมของผู้เป็นโรคจิตเภทลดการตีตราตนเองของผู้เป็นโรคจิตเภทได้ (Brohan et al., 2010) จากการศึกษาของ Lecomte et al. (1999) พบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจจะเป็นการกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความคิดและความรู้สึก ทำให้ผู้ป่วยรับรู้คุณค่าในตนเอง รับรู้ว่าตนเองมีประโยชน์ต่อสังคม พึงพอใจในตนเอง เกิดความหวัง มีพลังและมีกำลังใจในการรักษา มีทักษะในการเผชิญปัญหาสามารถปรับตัวเข้ากับครอบครัวและชุมชน ได้อย่างเหมาะสม สามารถเผชิญปัญหาการเจ็บป่วย ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (จารุวรรณ จินดามงคล และอรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2541) ดังนั้นการเสริมสร้างพลังอำนาจจะช่วยเพิ่มความสามารถในการจัดการกับความเจ็บป่วยของผู้เป็นโรคจิตเภทเพิ่มพฤติกรรมดูแลตนเอง ช่วยลดการตีตราตนเองนำไปสู่การรับรู้คุณค่า และความสามารถในการ

ดำรงชีวิตในสังคมได้

การเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของ Miller (1992) เชื่อว่าพลังอำนาจ (power) คือ แหล่งทรัพยากรสำหรับการดำรงชีวิตที่ปรากฏอยู่ในตัวของบุคคลและมีผลต่อความสามารถในการจัดการความเจ็บป่วย นอกจากนี้การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นการกระทำให้บุคคลรู้สึกมั่นใจ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายและการกระทำภารกิจให้ประสบผลสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพด้วยตนเอง บุคคลต้องมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ได้รับการยอมรับ สนับสนุนส่งเสริมและมีอิสระในการตัดสินใจกระทำ (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2541) และจากการศึกษาของคารณี จามจุรี และจินตนา ยืนพันธ์ (2545) เรื่องการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังในบริบทของสังคมไทยพบว่า ผลลัพธ์ของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจคือการรับรู้ของผู้ป่วยถึงความสามารถของตนเองในการจัดการกับการเจ็บป่วย พลังอำนาจเป็นความสามารถที่มีอิทธิพลกับสิ่งใดก็ตามที่เกิดขึ้นกับตน ความเข้มแข็งของแหล่งพลังอำนาจส่งผลต่อความเข้มแข็งของพลังอำนาจในผู้ป่วย (Miller, 1992)

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการตีตราตนเองของผู้เป็นโรคจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ
2. เพื่อเปรียบเทียบการตีตราตนเองของผู้เป็นโรคจิตเภทในชุมชนระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลให้ครอบคลุมการดูแลทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมที่ส่งผลต่อการติตรัตนเองของผู้เป็นโรคจิตเภทในชุมชน

2. เพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช ให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย โดยนำรูปแบบโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจไปประยุกต์ใช้ในงานบริการสุขภาพจิตและจิตเวช

กรอบแนวคิดการวิจัย

แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Miller (1992) ประกอบด้วย 7 แหล่ง ได้แก่ 1) ความเข้มแข็งทางกายภาพ (physical strength) 2) ความเข้มแข็งทางจิตและการสนับสนุนทางสังคม (psychological stamina and social support) 3) อัตมโนทัศน์เชิงบวก (positive self-concept) 4) พลังงาน (energy) 5) ความรู้และการรับรู้ด้วยปัญญา (knowledge and insight) 6) แรงจูงใจ (motivation) และ 7) ระบบความเชื่อ (belief system) ภาวะการสูญเสียพลังอำนาจรับรู้ตนเองไม่มีคุณค่าไร้ความสามารถขาดความหวัง (Livingston & Boyd, 2010) ส่งผลต่อการติตรัตนเองของผู้เป็นโรคจิตเภท ซึ่งการเพิ่มแหล่งพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ได้แก่การนับถือตนเองความสามารถในการควบคุมตนเอง และการเชื่อในสมรรถนะแห่งตน เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพิ่มความสามารถและมีสุขภาวะที่ดี (คาร์นิ จามจุรี และจินตนา ยูนิพันธุ์, 2545; Deborah, 2004) เพิ่มความหวังและพลังอำนาจในการลดการติตรัตนเองของผู้เป็นโรคจิตเภทได้ (Yanos et al., 2008;

Corrigan & Rao, 2012) การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำรูปแบบกระบวนการ เสริมสร้างพลังอำนาจของ Miller (1992) และปรับปรุงจากการศึกษาของ คาร์นิ จามจุรี และจินตนา ยูนิพันธุ์ (2545) จากเดิม 6 ขั้นตอน เหลือ 4 ขั้นตอน ดำเนินการรวม 4 สัปดาห์ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและความร่วมมือ การสร้างความคุ้นเคยให้เกิดความไว้วางใจ ให้เกิดความร่วมมือในการร่วมกิจกรรม มุ่งเน้นการเปิดเผยตนเอง ระบายความรู้สึกการติตรัตนเอง

ขั้นตอนที่ 2 การค้นหา สะท้อนคิดและสร้างความเข้าใจในสถานการณ์จริงของผู้ป่วย จิตเภตก้นหาอุปสรรคในการแก้ไขปัญหา สะท้อนคิดการปรับเปลี่ยนมุมมองของปัญหาการตัดสินใจ แก้ไขปัญหาด้วยตัวเอง การให้กำลังใจและการเห็นคุณค่าของผู้ป่วยเอง

ขั้นตอนที่ 3 การเอื้ออำนวยข้อมูลความรู้ทักษะและส่งเสริมแหล่งพลังอำนาจและสนับสนุนการใช้ชีวิตในชุมชน เป็นการให้ความรู้ผ่านคู่มือ “การส่งเสริมการดูแลตนเองที่บ้าน” ฝึกทักษะทางสังคม การค้นหาแหล่งและการมีสัมพันธภาพกับแหล่งสนับสนุนทางสังคม การติดตามทางโทรศัพท์ เกิดการร่วมปรึกษาวิธีการแก้ไขปัญหา

ขั้นตอนที่ 4 การปรับเปลี่ยนความคิดและการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพ มีเจตคติที่ดีต่อปัญหา มองปัญหาในทางบวก ยอมรับความจริงว่าการแก้ไขปัญหาต้องใช้เวลา และความพยายามให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจและเชื่อมั่นในความสามารถของตน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ศึกษาแบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (the pretest-posttest control group design) ตัวแปรที่ศึกษาได้แก่ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ และตัวแปรตาม คือ การตีตราตนเองของผู้เป็นโรคจิตเภท

ประชากร ประชากรกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์ ICD-10 ที่เข้ารับบริการแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับบริการแบบผู้ป่วยนอกทั้งชายและหญิง หรือเป็นผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลนานมากกว่า 90 วัน ที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ได้แก่ มีอายุระหว่าง 20-59 ปี ทั้งเพศหญิงและชาย มีอาการทางจิตทุเลา โดยใช้แบบประเมินอาการทางจิต (BPRS) มีคะแนนน้อยกว่า 30 คะแนน ระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับต่ำและยินยอมเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้หลักการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่พอเหมาะของการวิจัยแบบทดลองของ Burn & Grove (2005) คือ กลุ่มตัวอย่างควรมีจำนวนอย่างน้อย 30 คน หากมีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มต้องแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในการวิจัยแบบกึ่งทดลอง จำนวนกลุ่มตัวอย่างควรมีมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้และเพื่อป้องกันการ drop out ผู้วิจัยได้กำหนด

ให้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นจำนวน 36 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 18 คน และกลุ่มควบคุม 18 คน นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ได้รับการจับคู่ (matched pair) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนในการวิจัยครั้งนี้ ด้วยอายุและกลุ่มอาการทางบวกอาการทางลบ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ วันที่ 6 กันยายน 2556 กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ คุณสมบัติของผู้เข้าร่วม ขั้นตอนการดำเนินการ วัน เวลา สถานที่ ระยะเวลาของการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการยินยอมให้ข้อมูล เน้นย้ำว่าข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะเป็นความลับ และขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างในการบันทึกข้อมูลระหว่างดำเนินกิจกรรม สอบถามความสมัครใจและเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งสร้างจากแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของมิลเลอร์ (Miller, 1992) โดยพัฒนาและปรับปรุงจากการศึกษากระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังของคารณี จามจุรี และจินตนา ยูนิพันธุ์ (2545) มาสร้างเป็นโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีทั้งหมด 4 ขั้นตอนที่ครอบคลุมแนวคิดกระบวนการเดิมทั้ง 6 ขั้นตอน ดำเนินกิจกรรมระยะเวลาทั้งสิ้น 4 สัปดาห์ คือ 1) การสร้างสัมพันธภาพและความร่วมมือ 2) การค้นหา สะท้อนคิดและสร้างความ

เข้าใจในสถานการณ์จริงของผู้ป่วยจิตเภท 3) การเอื้ออำนวยข้อมูลความรู้ ทักษะและส่งเสริมแหล่งพลังอำนาจ และสนับสนุนการใช้และ 4) การปรับเปลี่ยนความคิดและการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพเครื่องมือนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity index) จากผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 คน จากนั้นนำไปโปรแกรมที่ปรับปรุงแก้ไขไปทดลองใช้ (try-out) กับผู้เป็นโรคจิตเภทที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 คน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ลักษณะการทำงาน การมีบทบาทในครอบครัว อายุที่เริ่มป่วย ระยะเวลาที่เริ่มเจ็บป่วยจนถึงปัจจุบัน จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และผู้ดูแลหลัก

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการตีตราตนเองของผู้เป็นโรคทางจิตเวชรูปแบบประเทศจีน (The Chinese version of The Self-Stigma of Mental Illness Scale : CSSMIS) ของ Fung et al. (2007) ที่พัฒนาจาก The Self-Stigma of Mental Illness Scale (SSMIS) ของ Corrigan et al. (2006) ผู้วิจัยนำเครื่องมือมาให้ผู้เชี่ยวชาญสองภาษา จำนวน 2 คน ทำการแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทย ข้อคำถามประกอบด้วย 4 ส่วน คือ 1) บุคคลตระหนักถึงภาพที่สังคมมองผู้ที่เจ็บป่วยทางจิต (stereotype awareness) 2) ความคิดที่เห็นเหมือนกันกับทัศนคติของสังคม (stereotype agreement) 3) ความรู้สึกว่าเป็นตัวตนของตนเอง (self-concurrence) และ 4) ความรู้สึกมีคุณค่า

ในตนเองลดลง (self-esteem decrement) แต่ละส่วนประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ รวม 60 ข้อ ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 คน ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1 และนำไป Try-out กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน หาค่าความเที่ยงใช้สูตร Chronbach's Alpha coefficient ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .91

3. เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการวิจัย คือ แบบประเมินแหล่งพลังอำนาจของผู้ป่วยจิตเภทตามแนวคิดของ Miller (1992) ซึ่งยวดี วงษ์แสง (2548) ได้นำเครื่องมือมาปรับปรุงให้เหมาะสมกับผู้เป็นโรค จิตเภทในชุมชน ประกอบด้วย 20 ข้อ คำถามผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 5 คน ได้ค่า CVI เท่ากับ 1 หลังจากปรับปรุงแก้ไขแล้วนำไปทดลองใช้กับผู้เป็นโรคจิตเภทที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นใช้สูตร Cronbach's Alpha coefficient ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .90

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ระยะเตรียมการ ผู้วิจัยเตรียมความพร้อม โดยการศึกษาตำรา งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเตรียมสถานที่เตรียมกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง หลังยินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามเพื่อวัดระดับการตีตราตนเอง และผู้วิจัยสัมภาษณ์ตามแบบประเมินแหล่งพลังอำนาจของผู้ป่วยจิตเภท และเตรียมผู้ช่วยในการดำเนินกิจกรรม

2. ระยะดำเนินการวิจัย คัดเลือกกลุ่ม

ตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์คัดเข้า ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 36 คน แล้วนำมาจับคู่ด้วย กลุ่มอาการทางบวก/ทางลบและ อายุครบ 18 คู่จากนั้นจับสลากที่ละคู่เพื่อคัดกลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ได้แก่ การตรวจคัดกรอง ประเมินอาการการเจ็บป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ สอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย อาการสำคัญ โรคแทรกซ้อนทางกาย ประเมินความต้องการของผู้ป่วย ทบทวนและให้คำแนะนำวิธีการรับประทานยา การสังเกตอาการข้างเคียงของยาทางจิตเวช และภายหลังสิ้นสุดการทดลองนัดประเมินการติดตามตนเองพร้อมให้คำปรึกษาปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกดีตราตนเอง 2) กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 9 คน ดำเนินกิจกรรมกลุ่มละวันหรือตามความพร้อมของกลุ่มตัวอย่าง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ดังนี้ กลุ่มที่ 1 ดำเนินกิจกรรมวันที่ 18, 26 กันยายน, 10 และ 17 ตุลาคม 2556 กลุ่มที่ 2 ดำเนินกิจกรรมวันที่ 25 กันยายน, 3, 9 และ 16 ตุลาคม 2556 รวมทั้งสิ้น 4 สัปดาห์

3. ระยะสรุปผลการดำเนินกิจกรรมภายหลังเสร็จสิ้นการดำเนินกิจกรรมครบ 4 ขั้นตอน ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินแหล่งพลังอำนาจของผู้เป็นโรคจิตเภททันที และภายหลังการทดลอง 1 สัปดาห์ ประเมินการดีตราตนเอง (post-test) และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล นำมาแจกแจงความถี่และคำนวณค่าร้อยละ

2. คะแนนการดีตราตนเองของผู้เป็นโรคจิตเภทของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ และกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบที

3. คะแนนการดีตราตนเองของผู้เป็นโรคจิตเภท ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลองใช้สถิติทดสอบที

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการศึกษาคั้งนี้ จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (แสดงร้อยละของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมตามลำดับ) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทเป็นเพศชาย ร้อยละ 44.4 และ 61.1 มีอายุระหว่าง 30-39 ปี ร้อยละ 50 และ 50 สถานภาพโสด ร้อยละ 83.8 และ 55.6 ระดับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 22.2 และ 38.9 ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรมร้อยละ 44.4 และ 72.2 ส่วนใหญ่รับงานบางเวลา ร้อยละ 33.3 และ 55.6 มีบทบาทในครอบครัวเป็นบุตร ร้อยละ 61.1 และ 61.1 เริ่มเจ็บป่วยอยู่ในช่วงอายุ 20-29 ปี ร้อยละ 44.4 และ 38.9 มีระยะเวลาที่เจ็บป่วยตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วยจนถึงปัจจุบันอยู่ในช่วง 1-5 ปี ร้อยละ 27.8 และ 38.9 เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลน้อยกว่า 3 ครั้ง ร้อยละ 55.6 และ 77.8 มีผู้ดูแลหลัก ร้อยละ 100 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล		กลุ่มทดลอง (n = 18)		กลุ่มควบคุม (n = 18)	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	8	44.4	11	61.1
	หญิง	10	55.6	7	38.9
อายุ	20-29 ปี	3	16.7	2	11.1
	30-39 ปี	9	50	9	50
	40-49 ปี	5	27.8	6	33.3
	50-59 ปี	1	5.6	1	5.6
สถานภาพสมรส					
	โสด	15	83.3	10	55.6
	คู่	1	5.6	6	33.3
	หม้าย	0	0	0	0
	หย่าร้าง	2	11.1	1	5.6
	แยกกันอยู่	0	0	1	5.6
ระดับการศึกษา					
	ประถมศึกษา	3	16.7	6	33.3
	มัธยมศึกษาตอนต้น	4	22.2	7	38.9
	มัธยมศึกษาตอนปลาย /ป.ว.ช.	5	17.8	3	16.7
	อนุปริญญา/ป.ว.ส.	3	16.7	1	5.6
	ปริญญาตรี	3	17.6	1	5.6
อาชีพ					
	เกษตรกร	8	44.4	13	72.2
	รับจ้าง	3	16.7	4	22.2
	ค้าขาย	1	5.6	0	0
	แม่บ้าน	1	5.6	1	5.6
	อื่นๆ	5	27.8	0	0
ลักษณะของการทำงาน					
	เต็มเวลา	3	16.7	2	11.1
	รับงานบางเวลา	6	33.3	10	55.6
	ว่างงาน	9	50	6	33.3
การมีบทบาทในครอบครัว					
	พ่อ/แม่	1	5.6	2	11.1
	พี่/น้อง	6	33.3	1	5.6
	บุตร	11	61.1	11	61.1
	อื่นๆ	0	0	4	22.2

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 18)		กลุ่มควบคุม (n = 18)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุที่เริ่มเจ็บป่วย				
10-19 ปี	5	27.8	2	11.1
20-29 ปี	8	44.4	7	38.9
30-39 ปี	3	16.67	7	38.9
40-49 ปี	2	11.1	2	11.1
ระยะเวลาที่เจ็บป่วยจนถึงปัจจุบัน				
1-5 ปี	5	27.8	7	38.9
6-10 ปี	4	22.2	6	33.3
11-15 ปี	6	33.3	3	16.7
16-20 ปี	1	5.6	1	5.6
21 ปีขึ้นไป	2	11.1	1	5.6
จำนวนครั้งเข้ารับการรักษาใน รพ.				
< 3 ครั้ง	10	55.6	14	77.8
ตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไป	8	44.4	4	22.2
ผู้ดูแลหลัก	18	100	18	100

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการติตรรกตนเองของผู้เป็นโรคจิตเภทก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ค่าเฉลี่ยการติตรรกตนเองของผู้เป็นโรคจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยค่าเฉลี่ยของการติตรรกตนเองของผู้เป็นโรคจิตเภทในชุมชนหลังการทดลองของกลุ่มทดลองต่ำกว่าก่อนทดลอง ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการติตรรกตนเองของผู้เป็นโรคจิตเภทก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=18)

ค่าเฉลี่ยการติตรรกตนเอง	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	df	T	p-value
กลุ่มทดลอง	ก่อนการทดลอง	4.095	ปานกลาง	17	7.163	.000
	หลังการทดลอง	2.696	ต่ำ	17		
กลุ่มควบคุม	ก่อนการทดลอง	4.9019	ปานกลาง	17	.220	.828
	หลังการทดลอง	4.8454	ปานกลาง	17		

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการตีตราตนเองของผู้เป็นโรคจิตเภทก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ค่าเฉลี่ยการตีตราตนเองของผู้เป็นโรคจิตเภทในชุมชนก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลอง

พบว่า ค่าเฉลี่ยของการตีตราตนเองของผู้เป็นโรคจิตเภทในชุมชนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยค่าเฉลี่ยการตีตราตนเองของผู้เป็นโรคจิตเภทในชุมชนของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการตีตราตนเองของผู้เป็นโรคจิตเภทก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ค่าเฉลี่ยการตีตราตนเอง		$\bar{X}$	SD	ระดับ	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง	กลุ่มทดลอง	4.095	1.083	ปานกลาง	34	1.943	.519
	กลุ่มควบคุม	4.901	1.388	ปานกลาง	34		
หลังการทดลอง	กลุ่มทดลอง	2.696	.621	ต่ำ	34	7.093	.007
	กลุ่มควบคุม	4.845	1.124	ปานกลาง	34		

การอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยสามารถนำมาอภิปรายผลตามสมมติฐาน ได้ดังนี้

1. ผลการเปรียบเทียบคะแนนการตีตราตนเองของผู้เป็นโรคจิตเภทในชุมชนของกลุ่มทดลองก่อนและหลังจากได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ พบว่า ผู้เป็นโรคจิตเภทในชุมชนที่ได้รับโปรแกรมฯ มีคะแนนการตีตราตนเองต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ในการวิจัยครั้งนี้ได้พัฒนาจากแนวคิดแหล่งพลังอำนาจของ Miller (1992) และปรับปรุงกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของดาร์ณี จามจุรี และจินตนา ยูนินพันธุ์ (2545) เป็น 4 ขั้นตอน โดยใช้รูปแบบกลุ่ม การเสริมสร้างพลังอำนาจที่นำมาบูรณาการในครั้งนี้ ช่วยให้ผู้ป่วยได้มีความรู้ปรับเปลี่ยนมุมมองเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่เน้นที่การจัดการ

กับชุดปัญหาการดูแลตนเองมากกว่าการให้ความสำคัญกับการวินิจฉัยโรค (Hayward & Bright, 1997) ผ่านประสบการณ์การเจ็บป่วย การค้นหาสะท้อนคิด ผลกระทบที่ได้รับ สร้างความเข้าใจในสถานการณ์ ฝึกการแก้ไขปัญหา การเผชิญปัญหา และเพิ่มทักษะทางสังคม เรียนรู้การค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม เพิ่มปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Brohan et al., 2010) การเพิ่มการรับรู้คุณค่า (Sibitz et al., 2011) ซึ่งจะสามารถลดการตีตราตนเองของผู้เป็นโรคจิตเภทได้ และการเสริมสร้างพลังอำนาจจะเป็นการกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ความคิด และความรู้สึก ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ความมีคุณค่าในตนเอง รับรู้ว่าตนเองมีประโยชน์ต่อสังคม เกิดความหวัง มีพลังและมีกำลังใจในการรักษา รวมทั้งมีทักษะในการเผชิญปัญหาสามารถปรับตัวเข้ากับครอบครัวและชุมชนได้ สามารถเผชิญปัญหาการ

เจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Lecomte et al., 1999)

2. ภายหลังการวิจัยพบว่า การตีตราตนเองของผู้เป็นโรคจิตเภทในชุมชนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ผู้เป็นโรคจิตเภทในชุมชนกลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจจะมีคะแนนการตีตราตนเองต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Corrigan & Wassel (2008) พบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับบุคคลสามารถเพิ่มขีดความสามารถและเพิ่มการรับรู้คุณค่าในตัวเองลดการรับรู้ตราบาปของตนเองในผู้ป่วยจิตเวชได้ และจากการศึกษาของ Brohan et al. (2010) พบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจช่วยเพิ่มความสามารถในการเผชิญปัญหา กับพฤติกรรมถูกตีตราจากสังคมของผู้ป่วยจิตเภทได้ โดยเฉพาะการมุ่งเน้นไปที่การเสริมสร้างพลังอำนาจและการเพิ่มปฏิสัมพันธ์ทางสังคมจะสามารถลดการตีตราตนเองในผู้เป็นโรคจิตเภทได้ ซึ่งการดำเนินกิจกรรมกลุ่มแบบมีส่วนร่วมช่วยเพิ่มการพัฒนาความสัมพันธ์ภายในกลุ่มและด้านอารมณ์ ทำให้ผู้ป่วยกลับเข้าสู่สังคมได้ดีขึ้น การให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมร่วมกันช่วยให้เกิดการเรียนรู้เข้าใจตนเองและผู้อื่น ช่วยให้ผู้ป่วยมีโอกาสปรับปรุงพฤติกรรมให้ดีขึ้นและนำไปสู่เป้าหมายคือผู้เป็นโรคจิตเภทเกิดการตีตราตนเองลดลง (วรธนา จำปาศรี, 2554) ดังนั้นกิจกรรมกลุ่มแบบมีส่วนร่วมส่งผลให้การตีตราตนเองในผู้เป็นโรคจิตเภทในชุมชนต่ำลงได้

ส่วนผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ ภายหลังการทดลองมีคะแนนการตีตราตนเอง

ต่ำลง คิดเป็นร้อยละ 33.33 จากการนับคิดตามประเมินการตีตราตนเองหลังสิ้นสุดการทดลองของกลุ่มควบคุมผู้วิจัยได้ให้คำปรึกษารายบุคคลพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ก่อนการทดลองประสบปัญหาขัดแย้งกับผู้ดูแล ถูกตำหนิ รู้สึกไม่เป็นอิสระ หลังมารับยาที่โรงพยาบาลได้รับความรู้สุขภาพจิตศึกษาและคำแนะนำในการปฏิบัติตัว ประกอบกับการพูดคุยกับเพื่อนผู้ป่วยรายอื่น ๆ การเปิดเผยตนเอง รับรู้ว่าปัญหาไม่ได้เกิดขึ้นกับตนคนเดียว ทำให้เกิดการยอมรับกับสภาพปัญหาสอดคล้องกับ Corrigan & Rao (2012) ที่ว่าการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ตราบาปของตนเองสิ่งแรกผู้ป่วยต้องยอมรับและเปิดเผยตนเอง และแสดงให้เห็นว่าการพยาบาลปกติแผนผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ทำให้เกิดสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการบำบัดรักษา ส่งผลให้การตีตราตนเองในผู้เป็นโรคจิตเภทในชุมชนลดลง ส่วนในผู้ป่วยที่คะแนนการตีตราตนเองเพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 66.67 ภายหลังการให้คำปรึกษารายบุคคลพบว่า ส่วนใหญ่มีมุมมองปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนมากเกินไปจนเป็นจริง รับรู้ว่าตนเองไม่มีความสามารถในการจัดการหรือแก้ไขปัญหา รับรู้ว่าตนเองไม่มีคุณค่า ไม่ได้รับการยอมรับ แยกตัวออกจากสังคม มารับการรักษาต่อเนื่องเพราะคิดว่าที่โรงพยาบาลเป็นที่พึ่งสุดท้ายที่ไม่อยากสูญเสียการได้รับการยอมรับ บางรายมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Kleim et al. (2008) พบว่า พฤติกรรมการแยกตัวออกจากสังคม การปกปิดการเจ็บป่วยเป็นการเผชิญปัญหาเพื่อหลีกเลี่ยงความวิตกกังวลต่อการตีตราตนเองของผู้ที่เจ็บป่วยทางจิต ผู้วิจัยได้ให้การช่วยเหลือโดยการทำจิตบำบัดประคับประคองรายบุคคลโดยใช้หลักการจิตบำบัดประคับ

ประกอบต่อการรับรู้ตราใบของบรรณา จำปาศรี (2554) และในการวิจัยครั้งนี้หลังการทดลองพบว่า คะแนนการตีตราตนเองในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ โดยคะแนนการตีตราตนเองในกลุ่มทดลองมีระดับต่ำลง คิดเป็นร้อยละ 100

ข้อเสนอแนะ

1. ควรพัฒนาโปรแกรมไปใช้ในกลุ่มอื่น เช่น ผู้ดูแล โดยเน้นที่การให้การยอมรับ และการแสดงออก เพราะผู้ดูแลเป็นผู้ที่ใกล้ชิดและมีส่วนทำให้เกิดการตีตราตนเองของผู้เป็นโรคจิตเภทในชุมชนมากที่สุด
2. ควรมีการศึกษาระยะยาว และติดตามประเมินผลเป็นระยะ ๆ อย่างน้อยเดือนละครั้ง เพื่อประเมินความคงอยู่ของแหล่งพลังอำนาจ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาล-ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่านที่ได้ถ่ายทอดวิชาความรู้ เป็นแรงผลักดันให้เกิดความสำเร็จ ขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่ให้การสนับสนุนทุนอุดหนุนในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ และบุคลากรโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ทุกท่าน ตลอดจนผู้ที่เกี่ยวข้องที่มีได้เอื้อนามในที่นี้สำหรับความช่วยเหลือในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

ขวัญสุตา บุญทศ, อมรรัตน์ ศรีคำสุขไชโย, และ สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล. (2554). การสนับสนุนทางสังคมต่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภท.

Srinagarind Medical Journal, 26, 186-189.

จารุวรรณ จินตามงคลและอรพรรณ ลือบุญรัชชัย. (2541). ผลการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน. (2550). โครงการรณรงค์ระดับชาติเพื่อคืนชีวิตใหม่และสร้างกำลังใจในผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต. สืบค้นเมื่อ 13 มกราคม 2556, จาก <http://www.dmh.moph.go.th/main>

ดารณี จามจุรี และจินตนา ยูนินพันธ์. (2545). รายงานการวิจัยการศึกษาพลังอำนาจในการจัดการกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังในบริบทสังคมไทย. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

ชนวิศ ปลูกนก. (2553). การประทับตราว่าด้วยค่าในการแสวงหาความช่วยเหลือด้านจิตใจ: การพัฒนามาตรวัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาจิตวิทยาการปรึกษา คณะจิตวิทยาบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เพ็ญภา แดงค้อมยุทธ์, อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, และชนกพร จิตปัญญา. (2547). ตราใบ: การรับรู้และผลกระทบของผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัว. *วารสารการพยาบาลจิตเวช*. 18(1), 1-9.

พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์. (2549). *จิตเวชศาสตร์สำหรับประชาชน*. เชียงใหม่: โรงพิมพ์นันทพันธ์.

- ยวดี วงษ์แสง. (2548). ผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท. ปรินญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วรรณษา จำปาศรี. (2554). ผลของกลุ่มจิตบำบัด ประคับประคองต่อการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. (2549). การทำกลุ่มบำบัด สำหรับพยาบาล(พิมพ์ครั้งที่ 2). ขอนแก่น: ภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อรชร โวทวี. (2550). สิ่งที่ไม่อาจจำเริญยก: กระบวนการตีตราและความทุกข์ของผู้ป่วยจิตเวชหญิงในชุมชน. ราชบุรี: โรงพยาบาลบางแพะ จังหวัดราชบุรี.
- อรพรรณ ถิ่นบุญรัชชัย. (2541). การเสริมสร้างพลังอำนาจกับการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. วารสารการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, 12(มกราคม-ธันวาคม), 14-23.
- อุบลรัตน์ สิงห์เสนี. (2552). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยจิตเภท. ปรินญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Angermeyer, M. C., & Matschinger, H. (2003). The stigma of mental illness: effects of labeling on public attitudes towards people with mental disorder. *Acta Psychiatry Scand* 108: 304-309.
- Brohan, E., Elgie, R., Sartorius, N., & Thornicroft, G. (2010). Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with schizophrenia in 14 European countries: The GAMIAN-Europe study. *Schizophrenia Research*, 122, 232-238.
- Burn, N., & Grove, S. K. (2005). *The Practice of Nursing Research: Conduct, Critique and Utilization* (5th ed.). Philadelphia: W.B. Saunder.
- Byrne, P. (2001). Psychiatric Stigma. *The British Journal of Psychiatry*, 178, 281-284.
- Chung, K. F., & Chan, J. H. (2004). Can a less pejorative Chinese translation for schizophrenia reduce stigma? A study of adolescents' attitudes to ward people with schizophrenia. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 58, 507-515.
- Corrigan, P. W. (2004). How stigma interferes with mental care. *American Psychologist*, 59, 614-625.
- Corrigan, P.W., & Rao, D. (2012). On the self-stigma of mental illness: Stages, disclosure, and strategies for change. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 57(8), 464-469.
- Corrigan, P. W., & Wassel, A. (2008). Understanding and influencing the stigma of mental illness. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 46(1), 42-48.
- Corrigan, P. W., Watson, A. C., & Barr, L. (2006).

- The self-sigma of mental illness: Implication for self-esteem and self-efficacy. *Journal of Social and clinical Psychology*. 25(8), 875-884.
- Deborah, L. F. (2004). Empowerment of individuals with enduring mental health problems results from concept analyses and qualitative investigations. *Advances in Nursing Science*. 27(1), 44-52.
- Fung, K. M., Tsang, H. W., Corrigan, P. W., Lam, C. S., & Cheng, W. (2007). Measuring self-stigma of mental illness in China and its implications for recovery. *International Journal of Social Psychiatry*. 53, 408-418.
- Hayward, P., & Bright, J. (1997). Stigma and mental illness: A review and critique. *Journal of Mental Health*. 6, 345-354.
- Kleim, B., Vauth, R., Adam, G., Stieglitz, R. D., Hayward, P. & Corrigan, P.W. (2008). Perceived stigma predicts low self-efficacy and poor coping in schizophrenia. *Journal of Mental health*. 15(5), 482-491.
- Lecomte, T., Cry, M., Lesage, A., Wilde, J., Leclerc, C., & Ricard, N. (1999). Efficacy of a self-esteem module in the empowerment of individuals with schizophrenia. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 187(7), 406-413.
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363-385.
- Livingston, J. D., & Boyd, J.E. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-nanalysis. *Social Science & Medicine*, 71, 2150-2161.
- Lysager, P. H., Roe, D., & Yanos, T. P. (2007). Toward understanding the Insight paradox: Internalized stigma moderates the association between insight and social functioning, hope, and self-esteem among people with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 33(1), 192-199.
- Miller, J. F. (1992). *Coping with chronic illness: Overcoming powerlessness*. 2nd ed. Philadelphia: F.A. Davis.
- Razali, S. M., Hussein, S., & Ismail, T. A. T. (2010). Perceived stigma and self-esteem among patients with Schizophrenia. *International Medical Journal*, 17(4), 255-260.
- Sibitz, I., Unger, A., Woppmann, A., Zidek, T., & Amering, M. (2011). Stigma resistance in patients with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 37(2), 316-323.
- Vauth, R., Kleim, B., Wirtz, M., & Corrigan, P. W. (2007). Self-efficacy and empowerment as outcomes of self-stigmatizing and coping in schizophrenia. *Psychiatry Research*. 150, 71-80.
- Wahl, O. F. (1999). Mental health consumers' experience of stigma. *Schizophrenia bulletin*, 25(3), 467-478.
- Watson, A. C., Corrigan, P. W., Larson, J. E.,

- & Sells, M. (2007). Self-stigma in people with mental illness. *Schizophrenia Bulletin*, 33(6), 1312- 1318.
- Yang, L. H., Kleinman, A., Link, B. G. Phelan, J. C., Lee, S., & Good, B. (2007). Culture and stigma: Adding moral experience to stigma theory. *Social Science & Medicine*, 64, 1524-1535.
- Yanos, P. T., Roe, D., Markus, K., & Lysaker, P. H. (2008). Pathway between internalized stigma and outcomes related to recovery in schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatric services*, 59(12), 1437-1442.
- Ying L., Wolf, A., & Wang, X. (2013). Experience stigma and self-stigma in Chinese patients with schizophrenia. *General Hospital Psychiatry*, 35, 83-88.